

Número da Ocorrência:

Número da Apólice:

Nome do Segurado Titular:

Nome da Vítima:

Segurado Titular Cônjuge Filho

Relação de Documentos para Cobertura de Morte Acidental

- Aviso de Sinistro devidamente preenchido (modelo anexo);
- Cópia da Certidão de Óbito;
- Cópia do RG/CPF do segurado/sinistrado;
- Cópia do comprovante de endereço do segurado/sinistrado;
- Cópia do Boletim de Ocorrência Policial;
- Cópia do Laudo do IML (Instituto Médico Legal);
- Cópia do resultado dos exames de alcoolemia/toxicológico (se realizados)
- Cópia da CNH do segurado (se este for o condutor);
- Cópia do auto de reconhecimento do cadáver (no caso de carbonização);
- Cópia da Ficha de Registro de Emprego;
- CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho);
- Cartão Proposta assinado pelo segurado na adesão. Na ausência deste documento, encaminhar Declaração de Únicos Herdeiros, constando TODOS os herdeiros legais, registrada em cartório com firma reconhecida e duas testemunhas. Em caso de herdeiros menores de idade, o responsável legal é quem deverá APENAS assinar tal declaração em representação aos filhos menores;
- Cópia do RG/CPF de cada um dos beneficiários e cópia do comprovante de endereço;
- Cópia da certidão de casamento do segurado/sinistrado averbada com óbito;
- Autorização de crédito em conta firmada por cada um dos beneficiários indicado na declaração de herdeiros e cópia do cartão (modelo anexo);
- Formulário de profissão e renda preenchido pelos beneficiários maiores de idade.

A apresentação dos documentos não representa a obrigatoriedade da indenização pela Seguradora, a qual terá que concluir a análise da cobertura contratual para um pronunciamento.

Beneficiários dos possíveis pagamentos, quando não houver a indicação na proposta, seguirá conforme hipóteses abaixo (sempre prevalecendo a sucessão hereditária do Código Civil):

1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
50% cônjuge	Sem cônjuge	50% cônjuge	100% cônjuge	Sem cônjuge e filhos	Sem cônjuge, filhos e pais
50% filhos	100% filhos	50% pais	Pais pré-falecidos e sem filhos	100% pais	100% colaterais (1º irmãos, 2º sobrinhos, 3º tios e 4º primos)

Este anexo e os documentos listados poderão ser enviados Via Upload (pelo site) ou através do endereço:

(<https://meuespaco.libertyseguros.com.br/sitepages/deslogado/enviardocumento.aspx>) ou Praça João Duran Alonso, 34 – 5º andar – Brooklin – CEP: 04571-070 – SP/SP. A/C Central de Digitalização de Documentos (informar o número da ocorrência no envelope).

Aviso para Concessão de Benefício MA - Morte Acidental

Uma empresa do grupo Liberty Mutual.

Nº da Ocorrência:

Nº da Apólice:

Dados da vítima

Nome

CPF

Data de Nascimento

/ /

Sexo

Masc Fem

Estado Civil

Endereço

Complemento

Bairro

Cidade

UF

CEP

Profissão:

Renda:

Ocorrência do Acidente

Data

/ /

Horário

Local

Foi acidente de trabalho

Não Sim

Houve registro policial

Não Sim

Descreva como aconteceu o acidente, suas causas e consequências

Quem prestou os primeiros socorros?

Nome

Telefone

Procurou por assistência médica? Onde?

Local e Data

Assinatura

Declaração de Únicos Herdeiros

Declaro(amos) para os devidos fins e efeitos de direito e sob as penas da lei que sou(somos) o(s) único(s) herdeiro(s) legal(is) e beneficiário(s) do(a) segurado (a) _____, nacionalidade _____, natural de _____, Estado Civil _____, profissão _____, portador (a) do CPF _____, RG _____, residente e domiciliado na _____, nº _____, Bairro _____, Cidade _____, Estado _____, CEP: _____, faleceu em ___ / ___ / _____, tendo como únicos herdeiros legais os que abaixo firmam e chamam para si e solidariamente, a responsabilidade tanto na esfera administrativa como na judiciária, por eventuais herdeiros que possam surgir como beneficiários (as) deixado pelo (a) segurado (a) mencionado, junto à Liberty Seguros S/A.

Nome: _____ **Parentesco:** _____ **CPF:** _____ **RG:** _____

Assinatura: _____ **Local:** _____ **Data:** _____

Assinatura com Reconhecimento de Firma

Nome: _____ **Parentesco:** _____ **CPF:** _____ **RG:** _____

Assinatura: _____ **Local:** _____ **Data:** _____

Assinatura com Reconhecimento de Firma

Nome: _____ **Parentesco:** _____ **CPF:** _____ **RG:** _____

Assinatura: _____ **Local:** _____ **Data:** _____

Assinatura com Reconhecimento de Firma

Nome: _____ **Parentesco:** _____ **CPF:** _____ **RG:** _____

Assinatura: _____ **Local:** _____ **Data:** _____

Assinatura com Reconhecimento de Firma

Nome: _____ **Parentesco:** _____ **CPF:** _____ **RG:** _____

Assinatura: _____ **Local:** _____ **Data:** _____

Assinatura com Reconhecimento de Firma

Nome: _____ **Parentesco:** _____ **CPF:** _____ **RG:** _____

Assinatura: _____ **Local:** _____ **Data:** _____

Assinatura com Reconhecimento de Firma

Deverão constar todos os beneficiários nesta declaração, caso haja mais beneficiários que os 6 campos acima, imprimir outra folha e colocar página 2.

Testemunhas:

Nome: _____ **CPF (enviar cópia):** _____ **RG (enviar cópia):** _____

Assinatura: _____ **Local:** _____ **Data:** _____

Assinatura com Reconhecimento de Firma

Nome: _____ **CPF (enviar cópia):** _____ **RG (enviar cópia):** _____

Assinatura: _____ **Local:** _____ **Data:** _____

Assinatura com Reconhecimento de Firma

1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
50% cônjuge	Sem cônjuge	50% cônjuge	100% cônjuge	Sem cônjuge e filhos	Sem cônjuge, filhos e pais
50% filhos	100% filhos	50% pais	Pais pré-falecidos e sem filhos	100% pais	100% colaterais (1º irmãos, 2º sobrinhos, 3º tios e 4º primos)

Autorização de Crédito em Conta Bancária

Autorização de Crédito em Conta Bancária

Ocorrência:

Segurado:

Eu _____, portador(a) do RG nº _____, CPF nº _____, na qualidade de _____, autorizo o Grupo Liberty no Brasil creditar a indenização a que eu tiver direito pela apólice nº _____, emitida em nome de _____, na conta bancária discriminada abaixo.

Importante

1. Os créditos não poderão ser realizados em contas:

- Salário.
- Benefícios.
- Poupança dos seguintes bancos: Sicredi, Sicoob, Bancoob, Banrisul, BRB, Besc e Banese.
- Conta de titularidade de terceiros.

Tipo de Conta

Corrente Poupança Ordem de Pagamento(Itaú)

Nome do Favorecido(a) _____ CPF/CNPJ do Favorecido _____

Nome do Banco _____ N° da Agência _____ N° da Conta e Dígito _____

Fone e DDD do Favorecido(a) _____ E-mail _____

Endereço do Favorecido(a) _____ Bairro _____

Cidade _____ UF _____ CEP _____

O recibo de depósito emitido pelo banco depositário servirá como comprovante de pagamento e termo de quitação ampla, geral, total e irrevogável, pela obrigação securitária cumprida com o presente pagamento, para mais nada reclamar, a qualquer tempo, relativamente ao serviço indenizado, a qualquer título em juízo ou fora dele.

Importante

- 2. Este documento não garante o pagamento do sinistro, o mesmo fica condicionado à análise dos documentos apresentados e a existência de cobertura da apólice.**
3. Anexar cópia de comprovante de conta bancária (cópia do cartão magnético, cópia folha de cheque ou cópia do extrato bancário).
4. O CPF informado deverá ser o mesmo que está cadastrado na conta a ser creditada. O preenchimento incorreto acarretará a devolução do pagamento por parte do Banco.
5. Caso o CPF do beneficiário recebedor esteja inativo, o pagamento não poderá ser efetuado;
6. Para a opção "Ordem de Pagamento" a indenização ao Favorecido deverá ser inferior a R\$ 10.000,00.

Local e Data _____

Assinatura _____

Informações Necessárias ao Cumprimento da Circular 445/2012

- 1) Visando atender ao disposto na Circular Susep (Superintendência de Seguros Privados) 445/2012, Artigo 8º., item I, alíneas a.2, b.2 e c.2, item II e item III, parágrafo 4º, solicitamos à V.Sa. que forneça as informações indicadas, obrigatórias ao pagamento da Indenização:

Profissão	
-----------	--

Faixa de Renda	
()	Até R\$ 3.000,00
()	De R\$ 3.000,01 à R\$ 5.000,00
()	De R\$ 5.000,01 à R\$ 10.000,00
()	De R\$ 10.000,01 à R\$ 20.000,00
()	Acima de R\$ 20.000,00
()	Do lar, sem renda mensal

Eu, _____, portador do RG nº _____, inscrito no CPF/MF sob o nº _____, declaro para fins de direito que não possuo comprovante de residência, porem confirmo que sou residente e domiciliado na _____ Nr _____, Bairro _____ Cidade _____ Estado ____ CEP _____.

Por ser a expressão da verdade, firmo o presente instrumento.

_____/_____/_____
Local Data

Assinatura do Declarante

IMPORTANTE: É necessário enviar para a seguradora a cópia do comprovante endereço declarado.



DECLARAÇÃO

FALTA DE COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA (QUANDO O SINISTRADO, NÃO POSSUIR COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA)

Eu, _____, portador do RG nº _____, inscrito no CPF/MF sob o nº _____, declaro para fins de direito que o Segurado/Beneficiário _____ não possui comprovante de residência, porém confirmo que ele era residente e domiciliado na _____ Nr _____, Bairro _____ Cidade _____ Estado ____ CEP _____.

Por ser a expressão da verdade, firmo o presente instrumento.

_____, ____/____/____
Local Data

Assinatura do Declarante

IMPORTANTE: É necessário enviar para a seguradora a cópia do comprovante endereço declarado.

